

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1923

THÈSE

N°
89

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

A PROPOS
de
deux observations
de procidence du cordon
dans
des présentations du siège

PAR

Pierre-Clovis Jean SÉGELLE

Né le 11 Septembre 1899

PARIS

EDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1923



ANNÉE 1923

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

A PROPOS
de
deux observations
de procidence du cordon
dans
des présentations du siège

PAR

Pierre-Clovis Jean SÉGELLE

Né le 11 Septembre 1899

PARIS

EDITIONS MÉDICALES

7, RUE DE VALOIS, 7

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN :
PROFESSEURS :

M. ROGER.

MM.

Anatomie
Anatomie médico-chirurgicale
Physiologie
Physique médicale
Chimie organique et chimie générale
Bactériologie
Parasitologie et histoire naturelle médicale
Pathologie et thérapeutique générales
Pathologie médicale
Pathologie chirurgicale
Anatomie pathologique
Histologie
Pharmacologie et matière médicale
Thérapeutique
Hygiène
Médecine légale
Histoire de la médecine et de la chirurgie
Pathologie expérimentale et comparée

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
Clinique des maladies des enfants
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Clinique des maladies du système nerveux
Clinique des maladies contagieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
Clinique des maladies des voies urinaires

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
Clinique chirurgicale infantile
Clinique thérapeutique
Clinique oto-rhino-laryngologique
Clinique thérapeutique chirurgicale
Clinique propédeutique

NICOLAS.
CUNEO.
Ch. RICHET.
André BROCA.
DESGREZ.
BEZANCON.
BRUMPT.
Marcel LABBÉ.

LEGÈNE.
LETULLE.
PRENANT.
RICHAUD.
GARNOT.
BERNARD.
BALTHAZARD.
MENETRIER.
ROGER.
ACHARD.
WIDAL.
GILBERT.
CHAUFFARD.
MARFAN.
NOBÉCOURT.

CLAUDE.
JEANSELMÉ.
P. MARIE.
TEISSIER.
DELBET.
LEJARS.
HARTMANN.
GOSSET.
de LAPERSONNE
LEGUEU.
BRINDEAU.
COUVELAIRE.
JEANNIN.
J.-L. FAURE.
BROCA Augusto.
VAAQUEZ.
SEBILEAU.
DUVAL.
SERGENT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.

MM.

MM.

MM.

ABRAMI
ALGLAVE
BASSET
BAUDOUIN
BLANCHETIERE
BRANCA
CAMUS
CHAMPY
CHEVASSU
CHIRAY
CLERC
DEBRÉ

DESMAREST
DUVOIR
FIESSINGER
GARNIER
GOUGEROT
GRÉGOIRE
GUÉNIOT
GUILLAIN
HEITZ-BOYER
JOYEUX
LABBÉ (Henri)
LAUNEL-LAVASTINE.

LANGLOIS
LARDENNOIS
LE LORIER
LEMIERRE
LEQUEUX
LEREBoullet
LERI
LEVY-SOLAL
MATHIEU
METZGER
MOCOQUOT
MULON

OKINCZYC
PHILIBERT
RATHERY
RETTERRER
RIBIERRE
ROUSSY
ROUVIERE
SCHWARTZ
STROHL
TANON
TERRIEN
TIFFENEAU
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



A Monsieur le Professeur

Cyrille JEANNIN

Professeur de clinique obstétricale
Accoucheur des hôpitaux

P. SÉGELLE

Avant - propos

Avant de finir nos études médicales, dont cette thèse marque le terme, il nous est particulièrement agréable de rendre hommage à tous ceux qui nous ont aidé dans nos études, et surtout aux Professeurs qui ont bien voulu guider notre travail.

A l'Ecole de Médecine de Tours, le docteur Meunier, professeur de clinique médicale et médecin de l'hospice général, dirigea nos premiers pas avec une sollicitude dont nous restera un souvenir reconnaissant. Son chef de clinique, le docteur Mallet, nous donna sous une forme amicale, un enseignement de la plus grande utilité.

Le docteur Guillaume-Louis, professeur d'anatomie à l'Ecole et chirurgien de l'hospice général, nous initia à l'anatomie humaine dans des cours du plus haut intérêt. A l'hôpital, il s'efforça de nous faire acquérir des notions claires et substantielles de pathologie chirurgicale.

Nous sommes heureux de remercier particulièrement le docteur Guillaume-Louis et le docteur Mallet de la bienveillance toute personnelle qu'ils nous témoignèrent toujours, en toutes circonstances.

Pendant notre court passage à l'Ecole de Médecine de Nantes, nous eûmes toujours le meilleur accueil des Maîtres qui y enseignaient et du Directeur de l'Ecole, le docteur Miraillé.

A notre arrivée à Paris, le docteur Levant, accoucheur des hôpitaux, nous dirigea dans les services parisiens et nous lui devons à cet égard une gratitude spéciale, ainsi que pour la rédaction de cette thèse, pour laquelle il nous donna des conseils précieux.

M. le Professeur Jeannin, à qui M. Levant nous avait adressé, nous reçut avec la plus grande bienveillance, et c'est à lui que nous devons ce sujet pour la rédaction duquel il nous donna deux observations personnelles. Son accueil affable nous rendit ce travail très agréable, en même temps que ses conseils nous dirigeaient rapidement vers le but. Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Au cours de notre vie médicale, nous n'oublierons pas l'enseignement qui nous fut prodigué par ces Maîtres, ainsi que l'amabilité avec laquelle ils nous reçurent toujours au cours de nos études.

Enfin le souvenir le plus agréable nous restera des liens d'amitié et de travail que nous avons entretenus pendant notre trop court séjour à Paris avec le docteur Gabrielle, professeur agrégé à l'Ecole d'application du Service de Santé et chirurgien à l'hôpital du Val-de-Grâce, pendant notre préparation commune à la Licence ès sciences, puis notre préparation à la clinique chirurgicale.

Introduction

La procidence du cordon, au cours de l'accouchement, accident grave qui compromet parfois la vie du fœtus, est un accident relativement fréquent.

Or, parmi les causes nombreuses que les auteurs admettent de cette procidence, il en est une qui revient souvent, c'est la présentation du siège.

Cette présentation, que les auteurs ne s'accordent pas tous pour classer comme eutocique ou dystocique, est souvent compliquée de procidence ou de procubitus du cordon et M. le Professeur Jeannin a bien voulu nous en communiquer deux observations.

Les discuter, en tirer les enseignements thérapeutiques qu'elles comportent, sera notre but dans cet ouvrage. Nous repasserons successivement la fréquence générale, les causes de cette fréquence, le diagnostic, puis le pronostic de la procidence du cordon dans la présentation du siège ; enfin nous examinerons, à propos des observations originales, le traitement de cet accident.

Procidence du cordon

dans la

présentation du siège.

Historique

La procidence du cordon n'avait pas dû inquiéter les anciens auteurs qui n'en font pas mention. Cependant certains remarquèrent des accidents qu'ils attribuèrent au refroidissement du cordon. Mauriceau, qui attribua à ce refroidissement la mort fréquente du fœtus qu'on observe en pareil cas, proposa le premier la réduction du cordon.

Devenir reconnu le rôle de la compression du cordon et lui attribua les accidents qu'on croyait dus au refroidissement.

Baudelocque préconisa l'abstention.

Michœlis précisa la technique de la rétropulsion manuelle et fit remarquer qu'il ne suffisait pas de réduire le cordon, mais qu'il fallait encore le tenir accroché sur une saillie fœtale, ou le protéger à l'aide de la

main (ce que Pinard dit avoir fait lui-même plusieurs heures de suite).

De plus, Michoëlis insista sur ce fait qu'il faut toujours essayer la rétropulsion avant de tenter une autre intervention.

Beaucoup d'auteurs, comme Deventer, Ritgen et Gaillard-Thomas, avaient indiqué la position de Trede-
lenburg et surtout la position genu-pectorale comme favorable au maintien de la réduction.

Mais Pinard, de même que plusieurs auteurs, a conclu de son expérience personnelle, que cette position, d'ailleurs souvent pénible pour la femme (un auteur ne demandait-il pas qu'on mît la femme sur la tête ?) n'avait aucune utilité.

Deux

Observations nouvelles

Citons tout d'abord deux observations originales recueillies à l'hôpital de la Pitié.

Elles nous donneront dans la suite l'occasion d'une discussion portant sur chacun des faits particuliers qu'elles contiennent.

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur Jeannin).

Mme V... âgée de 26 ans, ménagère. A marché très tard, vers 3 ans 1/2, réglée depuis l'âge de 12 ans.

Première grossesse : un garçon prématuré à 7 mois en 1919, bien portant, élevé au biberon.

Deuxième grossesse : un garçon à terme en 1921, mort pendant le travail.

Enceinte pour la troisième fois, elle est admise le 26 novembre 1922 à la salle de travail de la Pitié pour contractions utérines douloureuses à 23 h. 30.

Dernières règles : 7 au 12 mars, les mouvements actifs sont apparus vers trois mois et demi. Elle est donc à terme.

L'examen général révèle un squelette normal en apparence, une peau saine, pas d'œdème, ni de varices, un ventre et un utérus normalement développés.

Le palper fait sentir une tête dans l'hypocondre droit, le siège en bas, le dos à droite.

Le toucher montre des membranes intactes, la poche des eaux tendue, une présentation élevée, non engagée. Le bassin est normal. Dilatation 5 francs. Auscultation positive.

A 1 h. 15, le toucher montre que la dilatation est complète ; on sent à travers les membranes le cordon battre. Rupture artificielle des membranes. Le cordon tombe dans la main. Siège complet au détroit supérieur. Abaissement du pied antérieur. Extraction facile du siège en sacro-iliaque gauche antérieure. Manœuvre de Mauriceau sur la tête dernière à 1 h. 30.

Le liquide amniotique était de quantité normale. Délivrance naturelle et complète. Placenta ovoïde de 490 grammes. Fille vivante pesant 2.650 grammes. Périnée intact.

Durée du travail 6 h. 30. Expulsion 15 minutes.

Suites de couches normales.

Cette observation est absolument typique : la seule particularité est le diagnostic de la procidence qu'on a fait avant la rupture des membranes.

L'extraction, sans difficultés imprévues, permet d'avoir un enfant vivant, sans perdre de temps à d'autres manœuvres.

L'enfant, il est vrai, était de taille inférieure à la moyenne : 2.650 grammes au lieu de 3.250 grammes, poids normal. (Dans notre observation II, l'enfant pesait 3.600 grammes, donc plus que le poids normal).

Mais tous les cas ne se présentent pas aussi simplement : notre observation II va le montrer ; en même temps, elle nous donnera l'occasion de préciser un détail de technique pour l'extraction de la tête dernière.

OBSERVATION II

(Communiquée par M. le Professeur Jeannin).

Mme P., 21 ans, domestique.

A marché à un an, réglée à 14 ans. Primipare. Dernières règles du 4 au 9 février.

Entre à la salle de travail de la Pitié le 15 novembre 1922, à 19 h. 30, pour contractions utérines douloureuses.

Le squelette paraît normal. Pas d'œdème, ni de varices. Le

ventre et l'utérus sont normalement développés. Urines normales.

L'examen montre une grossesse à terme, présentation du siège complet en S I G T. Les membranes sont intactes ; la dilatation est à 2 francs.

A 21 heures 45, rupture spontanée de la poche des eaux.

A 22 h. 15, modifications subites des bruits du cœur (160).

Dilatation grande paume de main. Procidence du cordon. Le siège est toujours en G T. En attendant l'opérateur, tentative infructueuse de réduction du cordon (Les bruits du cœur sont à 40 environ).

A 22 h. 45, grande extraction du siège, le col se rétracte sur la tête. L'accoucheur est donc obligé de faire une incision immédiate du col d'un centimètre environ.

Naissance d'une fille en état de mort apparente (forme bleue), ranimée après 10 minutes de soins, pesant 3.600 grammes.

Délivrance naturelle complète. Placenta 550 grammes.

Déchirure complète du périnée. Suture profonde au catgut et de la peau au crin. Opium. On met sur la région de la pomme au collargol et on fait à la malade 1 cm³ d'ergotine.

Le travail a duré 4 heures.

L'enfant, au bout de 14 jours, a récupéré son poids et reste bien portant.

La température de la mère, le soir du cinquième jour, monte à 38°5, se maintient les deux jours suivants à 38°2 et 38°1, puis retombe au chiffre normal le neuvième jour. Les suites sont bonnes.

Ici donc, cas difficile : l'état de souffrance du fœtus impose une intervention rapide.

Nous discuterons cette intervention au chapitre du traitement.

Fréquence de la procidence du cordon dans la présentation du siège.

Varnier, dans sa monographie de 1890, dit avoir vu parmi les procidences rencontrées chez les primipares $\frac{1}{5}$ du total des cas constitué par des présentations du siège.

Dans sa thèse de 1910, Mlle Kanewski, passant en revue les 48.164 accouchements qui ont été faits à Tarnier de 1870 à 1910, relève 220 cas de procidences, soit une procidence pour 218 accouchements, ou 0,45 %.

Sur ces 220 procidences, 40 accompagnaient une présentation du siège, se décomposant ainsi :

40 sièges :	(	37 sièges complets ;
		2 sièges décomplétés mode des fesses ;
		1 siège décomplété mode des pieds.

Donc 18 % des procidences accompagnent des sièges.
Or les statistiques générales indiquent globalement

un siège sur 30 accouchements, ou un siège décomplété pour 45 accouchements, et un siège complet sur 90 accouchements.

Alors que le siège décomplété, mode des fesses, est deux fois plus fréquent que le siège complet, presque toujours ce sont les sièges complets qui sont compliqués d'une procidence.

Si on prend les procidences suivant leur fréquence dans les diverses présentations, on constate que c'est le siège complet qui prédispose proportionnellement le plus aux procidences, puis l'épaule, puis la face, puis le sommet, puis le mode des fesses.

De plus, sur 220 cas, on voit deux procidences complexes formées par un pied et le cordon à la fois.

Gibory, dans sa thèse de 1892, a trouvé, sur 26 cas de procidences chez les primipares, 8 sièges, soit $1/3$ des cas.

Mais deux cas étaient accompagnés d'insertion vicieuse du placenta, un autre cas de bassin rétréci, deux cas d'hydramnios et trois cas seulement apparaissaient comme des sièges non compliqués.

D'autre part, le même auteur, sur 48 cas de procidences chez des multipares, a trouvé 12 sièges, dont 6 compliqués de bassin rétréci, 3 d'insertion basse du placenta. Il constate donc l'addition fréquente des causes apparentes de la procidence ; nous y reviendrons à propos de l'étiologie.

Dans les observations précédemment citées, les auteurs avaient considéré comme inutile la distinction entre procidence et procubitus.

Gibory en fait la distinction et il constate que 4 fois sur 42 cas de procubitus, soit une fois sur dix, c'est

avec une présentation du siège que le cordon accompagné la présentation.

Il résulte donc des diverses statistiques que les incidences du cordon viennent fréquemment compliquer l'accouchement dans les présentations du siège, surtout du siège complet.

On peut se demander quelle est la cause de cette fréquence particulière.

Étiologie et mécanisme.

Varnier, dans sa monographie de 1890, après une étude statistique portant sur des observations concernant les procidences en rapport avec les différentes présentations, admet comme principale cause de procidence du cordon le défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail.

Or cette condition est réalisée dans la présentation du siège, principalement du siège complet.

Dans l'accommodation du sommet, la tête forme, ainsi qu'on le constate par le toucher et qu'on l'a vérifié au cours de nombreuses autopsies, un obturateur parfait pour la cavité pelvienne. Entre le détroit supérieur et la tête du fœtus, il n'y a qu'un espace minimum complètement comblé d'ailleurs par les parties molles, ne laissant aucun interstice.

Dès lors, il faut des conditions particulières pour qu'un interstice anormal laisse passer le cordon, par exemple la diminution de tonicité utérine chez les multipares, qui permet à la tête de revenir en arrière dans l'intervalle des contractions, ou une situation basse du cordon, due à une insertion vicieuse du placenta, qui facilite la sortie du cordon au moment de la

rupture de la poche des eaux, où le liquide l'entraîne en jaillissant.

Le siège complet est au contraire une présentation volumineuse qui ne s'engage que tardivement. De plus la surface qu'il présente au détroit supérieur, au lieu d'être une masse lisse adaptée au bassin, est irrégulière, formée par l'extrémité inférieure du tronc d'une part et d'autre part par les membres inférieurs repliés en avant. Entre ces deux parties, il y a des gouttières où une anse du cordon pourra s'engager facilement.

Dans le siège décomplété mode des fesses, la surface de la présentation est à peu près unie, sa circonférence d'engagement est presque aussi régulière qu'une tête fléchie et l'engagement est précoce tout comme dans la présentation du sommet. C'est sans doute ce qui explique la différence de fréquence des cas de procidence dans le siège complet et le mode des fesses.

Quant au mode des pieds qui est relevé dans un cas de procidence, c'est une présentation exceptionnelle dont on ne peut tenir compte.

Donc ce défaut d'accommodation dans le travail est la cause favorisante de la procidence. Mais souvent une cause supplémentaire vient s'y joindre.

Depuis Mme Lachapelle, on divise les causes de la procidence en prédisposantes qui, en empêchant l'engagement de se produire, laissent la voie ouverte au cordon, et déterminantes qui l'y précipitent.

L'engagement tardif étant admis dans le siège, nous énumérerons les autres causes prédisposantes puis déterminantes :

I. — PREDISPOSANTES.

a) maternelles :

Insertion du placenta sur le segment inférieur.

Bassin vicié.

Fibrôme ou tumeur prævia.

Multiparité.

b) ovulaires :

Hydramnios.

Grossesse gémellaire.

Volume exagéré du fœtus.

Petitesse du fœtus.

Longueur du cordon.

Nœuds du cordon.

Circulaires lâches.

II. — DETERMINANTES

Issue brusque du liquide amniotique.

Dilatation par le ballon Champetier de Ribes.

Abaissement d'un pied.

Revenons sur quelques-unes de ces causes.

Hydramnios et issue brusque du liquide amniotique.

— On relève dans beaucoup d'observations l'issue brusque du liquide amniotique au moment de la rupture artificielle ou spontanée de la poche des eaux et la production de la procidence, le cordon étant entraîné par ce liquide.

C'est ainsi que Gibory, sur une statistique faite en 1892, sur 13 observations de procidence dans des pré-

sentations du siège, a trouvé 6 cas : voici les quatre observations les plus intéressantes :

1^{re} observation, page 10.

24 mars 1891, SIGA, primipare.

Rupture spontanée de la poche au cours du travail, liquide verdâtre, entraînant procidence dans le vagin, ralentissement des battements, extraction rapide, mort apparente.

2^e observation.

3 août 1892, SIDA, primipare.

Rupture spontanée, liquide verdâtre, procidence à ce moment. Rétropulsion manuelle, vivant.

3^e observation.

28 mai 1891, SIGT, multipare.

Rupture des membranes entraînant le cordon par liquide abondant. Rétropulsion manuelle. Vie.

4^e observation.

Observation XX (page 53).

La femme T, 20 ans, II pare, entre à la clinique Baudelocque le 14 janvier 1891. A eu un premier accouchement spontané à terme. Dernières règles le 16 mars. A senti remuer à la fin de juillet.

Présentation du siège complet. Bassin légèrement rétréci, angle accessible. Enfant vivant. Engagement trop accentué : version externe impossible. A trois heures, premières douleurs et rupture spontanée des membranes. Aussitôt procidence du cordon et de la main droite. Rétropulsion impossible. Tractions. Dé-gagement artificiel des bras et, à 4 heures 40, extrac-tion, par la manœuvre de Mauriceau, d'un enfant mâle

de 3 kilos 290, vivant. Membranes 33/13. Cordon 0,62.

Mais, dans ces cas, il faut penser à la possibilité d'une procidence qui existait avant la rupture des membranes.

Mentionnons notre observation n° I que nous avons relatée. Le cordon qu'on sentait battre à travers les membranes, tomba dans le vagin dès qu'on rompit la poche des eaux.

Gibory nous en fournit deux autres exemples :

1^{er} exemple, page 10.

8 septembre 1892, SIGT, primipare.

Procidence avant la rupture des membranes. On rompt la poche et on réduit manuellement la procidence. On abaisse les pieds. Extraction. Vie.

2^e exemple.

5 novembre 1892, SIGA, primipare.

Procidence avant la rupture des membranes. Ouverture à dilatation complète. Rétropulsion. Vie.

Abaissement d'un pied.

Cet abaissement peut être pratiqué dans un but prophylactique ou pour une extraction immédiate.

Goldberg, dans sa thèse de 1914, dit qu'il ne faut pas faire l'abaissement prophylactique du pied dans un siège complet, à cause justement du danger de procidence qui en résulte.

Gibory a relevé deux cas de ce genre :

1^{er} cas, page 10.

19 octobre 1891, SIDT, primipare.

Rupture spontanée. Peu de liquide. C'est au moment de l'abaissement d'un pied que se fait la procidence. Extraction rapide. Vivant.

2^e cas, page 113.

Observation XIII.

La femme B..., 28 ans, primipare, vient consulter à la clinique Baudelocque le 12 mars 1891. Fièvre typhoïde à 20 ans. Erysipèle à 23 ans. Eruption actuelle de syphilides sur tout le corps. Dernières règles le 15 juin. Hauteur de l'utérus 0 m. 32.

Présentation du siège, mode des fesses en droite transverse, non engagée. Rien à l'auscultation.

28 mars, 10 heures du soir, premières douleurs et rupture des membranes.

29 mars, 5 heures 1/4, dilatation comme une paume de main. Mlle Roze abaisse le pied droit. Circulaire lâche autour, qui se trouve bientôt en procubitus. A 11 h. 30, expulsion d'une fille morte de 3 kilos 170, 2 circulaires autour du cou.

Membranes 28/11, cordon 0 m. 50.

Dilatation par le ballon Champetier de Ribes

Gibory en signale 3 cas, sans détails. Il semble que ce soit au moment où le ballon s'échappe, une fois la dilatation obtenue, au moins en partie, ou bien lorsqu'on le retire, que le cordon le suit, précisément parce que la présentation obture mal le détroit supérieur.

Grossesse gémellaire

Mme Kanewski en rapporte une observation dans sa thèse de 1910.

Page 35, année 1907, n° 1388, Tarnier.

Femme 33 ans, II pare. Bassin normal. Grossesse gémellaire à terme. Le premier enfant se présente par le siège. Procidence du cordon. Rétropulsion infructueuse. Accouchement spontané. Premier enfant mort, deuxième vivant.

Circulaires lâches

Le procubitus serait, d'après Gibory, constitué par une circulaire lâche autour d'un membre, qui se comprime. Ainsi l'observation XIII (citée page 21) relate l'existence d'une circulaire comprimée ayant amené la mort du fœtus.

Celle-ci, au contraire, se termina heureusement.

Observation IX, page 104.

Femme V..., 27 ans, entrée en travail depuis 7 heures du matin, entre à Baudelocque, à 1 heure 30 du soir le 1^{er} avril 1892. A son premier accouchement normal, il s'est produit une procidence d'une main. 2^e enfant mort à 8 mois 1/2. 3^e enfant, naissance à terme, bien portant. Dernières règles le 4 août. Mouvements actifs les premiers jours de décembre. Hauteur de l'utérus 0 m. 29. Présentation du siège en gauche transverse. Enfant vivant. On constate une circulaire lâche autour du membre inférieur gauche avec compression. Cinq heures du soir, dilatation complète. A 5 heures 5, expulsion d'un enfant mâle de 1890 grammes, vivant. Cordon 0 m. 47.

Bassin vicié et placenta prævia.

Rappelons que Gibory, sur 8 sièges accompagnés de procidence chez les primipares, a trouvé un bassin rétréci et sur 12 sièges chez les multipares, 6 bassins rétrécis. Son observation XX, déjà citée, en fait mention.

Dans la même statistique, chez les 8 primipares, il avait trouvé 2 insertions vicieuses du placenta et chez 12 multipares, 3 insertions basses.

Il se trouve donc dans ces cas complexes un ensemble de circonstances favorisant la procidence.

Que devons-nous conclure de cette étude étiologique ?

C'est que le défaut d'accommodation pelvienne au cours du travail, incriminé par les auteurs comme cause prédisposante primordiale des procidences du cordon, se trouve réalisé dans le siège, plus spécialement dans le siège complet, auquel viennent souvent s'adjoindre des causes accessoires, parfois responsables de la présentation elle-même. Dès lors, il suffit d'un incident banal, tel que l'issue brusque du liquide amniotique lors de la rupture des membranes ou d'une manœuvre utile à l'extraction pour amener la chute du cordon.

Signes

Comment doit-on rechercher la procidence du cordon et quand doit-on affirmer sa présence en cas de présentation du siège ?

Il est deux sortes de signes de procidence.

Les uns sont directement perceptibles : ce sont les signes de certitude.

Les autres sont des signes de complication de la procidence, mais ce sont souvent les premiers perçus, ils doivent alors faire penser à cet accident.

Nous les traiterons donc avant les premiers, bien que logiquement ils leur fassent suite.

Ces signes sont différents suivant qu'ils concernent la procidence ou le procubitus.

PROCIDENCE

I. — *Signes des complications.*

Ce sont les modifications des bruits du cœur et la teinte verdâtre du liquide amniotique. Ils n'apparaissent que lorsque la procidence comprimée compromet la vie de l'enfant.

Quand on les constate de façon primitive, on cherche à diagnostiquer la cause de l'état de souffrance du

fœtus. C'est alors qu'on s'aperçoit de la procidence qui avait passé jusque là inaperçue.

Mais cette procidence pouvait être connue et c'est alors l'indication d'intervenir qui s'impose. Ils sont donc dans les deux cas d'une grande importance.

1^{re} *Modifications des bruits du cœur.*

Le rythme normal du cœur fœtal est de 140 pulsations environ à la minute. C'est un tic-tac régulier qu'on entend à l'auscultation, comparé au tic-tac d'une montre.

Ce rythme, en cas de souffrance de l'enfant, est modifié de deux façons : dans son timbre et dans sa fréquence.

a) *Timbre.* — Les bruits bien frappés normalement deviennent sourds.

b) *Fréquence des pulsations.* — Deux altérations se succèdent : une courte phase d'accélération, jusqu'à 160 par exemple, suivie rapidement d'une phase de ralentissement. On ne perçoit, à la fin, plus qu'un seul bruit se répétant à intervalles irréguliers, et on arrive plus ou moins vite à l'arrêt du cœur.

De nombreuses observations signalent ce ralentissement ; il fut plusieurs fois perçu comme premier signe mettant sur la voie du diagnostic de la procidence. Ainsi l'observation XVIII de Gibory concernant une présentation du sommet.

Nous en donnerons comme exemple notre observation II : une demi-heure après la rupture des membranes, il y a une modification subite des bruits du cœur, qui s'élèvent à 160, puis se ralentissent jusqu'à la fin de l'extraction où l'enfant était en état de mort apparente.

Maygrier cite même deux cas où la procidence fut ainsi diagnostiquée en dehors du travail.

2° *Modifications du liquide amniotique.*

Le liquide amniotique, normalement constitué par une sérosité louche mêlée de grumeaux de vernix caseosa, matière sébacée formée par des globules grisâtres, prend, en cas de souffrance du fœtus, une teinte verdâtre. Cette teinte est due au rejet du meconium du fœtus. Levy, en 1893, indiqua le mode d'action de l'asphyxie, qui, en surchargeant le sang de CO², agit par excitation du bulbe et des centres nerveux spinaux, amenant des contractions musculaires violentes. Suivant la quantité de meconium rendue, on aura un liquide verdâtre ou un liquide épais, comparé à de la purée de pois.

Si on constate ces teintes, on recherchera les causes de la souffrance, et ayant éliminé la circulaire formant procubitus, on pensera à la procidence.

Parfois cette excitation asphyxique va jusqu'à des convulsions qu'on peut percevoir pendant le travail.

II. — *Signes de certitude*

a) *Membranes intactes.* — L'examen doit être fait avec précaution pour ne pas s'exposer à rompre les membranes. Un procubitus ou une procidence non comprimée pourrait alors se compliquer.

Le seul symptôme qu'on a d'une chute du cordon, c'est la présence du cordon derrière les membranes. Le cordon fuit devant le doigt, puisque le siège complet qui, le plus souvent, l'aura laissé passer, n'est pas engagé. On essaye de le pincer entre un doigt et la pa-

roi, pour en sentir les battements. Il y a des causes d'erreur : ce sont le pouls de l'accoucheur qui le gênera dans son examen ou les battements transmis au cordon par une artère de la paroi.

b) *Membranes rompues.* — Souvent on n'a rien trouvé à l'examen avant la rupture des membranes et il se produit une procidence après cette rupture. On a alors un cordon qui prolabe dans le vagin où on le retrouvera en général facilement avec le doigt. Mais parfois cette anse de cordon peut venir jusqu'à la vulve et même saillir au dehors. On en voit un cas dans l'observation de Kerner (thèse 1919, page 34), citée plus loin ou dans une observation de Gallot (thèse 1904, page 79).

Ce qui est important alors, c'est de compter le nombre de pulsations afin de voir si l'enfant souffre ou non. Ainsi se trouvera posée l'indication opératoire.

Le liquide étant alors écoulé, on n'aura plus le signe de souffrance constitué par sa coloration verdâtre, car le doigt allant toucher un siège revient souvent chargé de meconium sans qu'il y ait souffrance. Il faudra se rappeler que les contractions utérines peuvent interrompre les battements du cordon pendant leur durée, sans qu'il y ait asphyxie du fœtus.

PROCUBITUS

I. — *Signes de complication*

Leur constatation devient là d'une importance particulière, à cause de la difficulté relative du diagnostic de certitude.

II. — *Signes de certitude*

Ils sont parfois difficiles à saisir.

Nous avons cité un cas de procubitus (à propos de l'abaissement du pied) qui fut constaté au moment de la manœuvre, une circulaire lâche s'étant alors transformée en procubitus.

Diagnostic.

On doit le poser à un double point de vue : l'existence de la procidence, puis ses conséquences.

I. — *Existence de la procidence*

Les signes seront ordinairement faciles à reconnaître. Le cordon tombant au dehors de la vulve sera une évidence. Le toucher qu'on ne manquera pas de pratiquer pendant le travail découvrira sans peine le cordon prolabé dans le vagin. Quant au procubitus, il sera parfois plus difficile à découvrir. En effet, avant la rupture des membranes, nous avons dit que le cordon, dès qu'on le touchait, fuyait devant le doigt, donnant la sensation du glaçon qu'on enfonce dans l'eau. De plus, même si on a eu l'impression de percevoir ce cordon, on ne doit pas chercher à le saisir. Ce serait dangereux, car en pinçant les membranes, on pourrait les déchirer et on aggraverait ainsi le pronostic, si la dilatation n'était pas complète, en transformant un procubitus en procidence susceptible d'être comprimée.

Que faut-il faire alors ? Il ne faut pas toucher à la poche des eaux pendant la contraction utérine. A ce moment, elle saille dans le vagin et en voulant la dé-

primer, on peut la crever. Il faut attendre le moment qui suit la contraction utérine. Les membranes cessant d'être tendues, on les déprime au niveau de la présentation et on cherche à comprimer le cordon entre le doigt et la présentation ou entre le doigt et la paroi.

On reconnaîtra alors la tige souple du cordon et ses battements, s'il en a encore. Ce dernier fait sera précisé par l'auscultation du fœtus.

Un diagnostic plus difficile encore, qui passe seul inaperçu en général, est la latérocidence. Le cordon prolabant sur le côté de la présentation, en même temps que celle-ci progresse, se trouve pris entre cette présentation et la paroi. Quand il passe inaperçu, on se trouve quelquefois en présence de la mort du fœtus pendant le travail sans pouvoir en déterminer la cause. Il sera nécessaire, dans ce cas, de faire un toucher profond et circulaire pour rechercher le cordon prolabé. Ce qui y fera penser, ce sont les altérations des bruits du cœur qu'on ne manquera pas de rechercher fréquemment au cours du travail.

II. — *Ses conséquences*

Les signes de complications, que nous avons décrits, mettront quelquefois sur la voie du diagnostic. Mais quand on a constaté une procidence, on doit les rechercher avec attention, car ils seront d'une importance capitale. Le diagnostic complet comportera donc leur appréciation. Le signe de coloration verdâtre du liquide amniotique perdra beaucoup de valeur puisque le meconium fait souvent issue lors d'une présentation du siège. Ce sont donc les bruits du cœur qu'il importe de rechercher tout particulièrement.

Pronostic

Le pronostic est variable suivant l'état de souffrance du fœtus, or cet état sera déterminé par :

La cause de la production de la procidence ;

Le moment auquel elle se produit, ce qui conditionnera l'intervention qu'on pourra y appliquer.

• a) Si la cause est banale, défaut d'engagement du siège complet, le cordon ne sera souvent pas comprimé avant la descente de la présentation.

Si, au contraire, on a un bassin vicié, qui retarde l'extraction, ou un placenta prævia qui est dangereux pour son compte propre, en amenant des hémorragies par exemple, le pronostic s'en trouve aggravé d'autant.

Quoiqu'il en soit, le pronostic global est assez mauvais. La terminaison spontanée de l'accouchement donne souvent un enfant mort-né. Presque tous les cas où on n'est pas intervenu se sont terminés par la mort.

b) Le moment auquel se produit la procidence est capital, en rendant plus ou moins ardue l'extraction du fœtus. Si la dilatation est incomplète, deux cas peuvent se produire :

α) Les membranes sont intactes. Le cordon sera

alors bien souvent protégé, et le fœtus souffrira assez rarement. Les bruits du cœur restant intacts, on a tout avantage à attendre que la dilatation se complète. Si l'enfant souffre, on doit, au contraire, agir.

β) Des membranes sont rompues. Bien souvent alors il y a compression de la procidence. On doit agir ; si on attend la terminaison spontanée de l'accouchement, le fœtus sera sans doute mort.

Quand la dilatation est complète, le cas se simplifie.

α) Les membranes sont rompues. On agira sans même attendre que l'enfant souffre, car cela se produirait probablement dans la suite.

β) Les membranes sont intactes. Il faut les rompre et agir. Si on attend, les membranes se rompront spontanément et la procidence sera comprimée. On retombe alors dans le cas précédent.

Donc le pronostic, inoffensif pour la mère, est par lui-même mauvais pour l'enfant. Mais le traitement le transformera et c'est ce que nous allons indiquer.

Traitement

Une question se pose tout d'abord : Quand faut-il agir ?

Quel que soit le moment où se produit la procidence, il y a une indication qui domine toute la scène : l'enfant souffre-t-il ?

Premier cas : *Non*. — Il n'y a qu'à attendre car on a vu des accouchements se terminer spontanément et normalement. Il convient alors de surveiller l'évolution de très près.

2^e cas : *Oui*. — Et c'est le plus grand nombre de cas. Nous ne reviendrons pas sur les signes de cette souffrance : altération des bruits du cœur et coloration verte du liquide amniotique.

Dans ce cas, il faut agir. Discutons tout de suite les indications et la valeur de la rétropulsion manuelle, indiquée par tous les auteurs, puis nous verrons l'extraction, à propos de laquelle nous avons rapporté les deux observations communiquées par M. le Professeur Jeannin.

Technique de la rétropulsion

Elle consiste à ramener le cordon prolabé au-dessus de la présentation, empêchant ainsi sa compression et

remettant l'accouchement dans les conditions normales.

De nombreux appareils ont été proposés. Nous n'en ferons pas la description, car ils sont en général abandonnés ; on se sert dans quelques cas d'un appareil improvisé, tel par exemple qu'une sonde en gomme.

Pinard, après beaucoup d'auteurs, fait remarquer que les instruments ne sont pas toujours à la disposition de l'accoucheur, que la main, qu'on a seule à sa disposition constante, est le meilleur des instruments puisque non aveugle.

Suivant la technique préconisée par les différents auteurs, il faut introduire toute la main dans le vagin, les doigts n'étant pas suffisamment longs pour aller au-dessus du détroit supérieur, et refouler le cordon au-dessus de la présentation. Là, on essaye de le fixer à une aspérité du fœtus. Si on n'y réussit pas, et que la procidence se reproduise, il faut faire la protection manuelle du cordon.

Mais on peut ne pas réussir à empêcher le fœtus de souffrir.

C'est en tous cas un procédé inoffensif et on n'a rien à perdre en essayant de l'appliquer.

Il est de nombreuses observations où elle n'a pas réussi :

Couvellaire, en 1909, sur une statistique faite de 1893 à 1904, indique :

23 rétro pulsions manuelles dans des procidences chez les diverses présentations avec 17 succès. 11 fois l'enfant naquit vivant.

Mlle Kanewski, en 1910, a étudié une statistique faite à Tarnier de 1870 à 1910. Elle mentionne l'obser-

vation que nous avons rapportée à propos de la grossesse gémellaire, et l'observation suivante :

Année 1905, N° 558, Primipare 25 ans.

Siège décomplété mode des fesses. Bassin normal. Grossesse à terme. Dilatation artificielle. Procidence du cordon. Rétropulsion. Accouchement spontané. Enfant mort pesant 2.830 grammes. Placenta 530 grammes. Bonnes suites.

Voici quatre observations empruntées à Kerner :

Page 34. Mme B.

23 ans. II pare. Grossesse 10 mois. Siège élevé à droite, les pieds sont facilement atteints et on constate la procidence du cordon. Battements perceptibles. Une heure après l'examen, on remarque que l'utérus est cordiforme, la corne gauche plus développée. Le promontoire est accessible au loin. Le siège est en D P très élevée. Le cordon descend au-devant de la vulve faisant une anse de 30 à 35 centimètres, les battements sont à peine perceptibles. La rétropulsion manuelle reste sans succès, le segment inférieur de l'utérus étant collé contre le fœtus. La rétropulsion avec une sonde montée sur mandrin ne donne pas de meilleurs résultats. Anesthésie au chloroforme. Le pied descend dans la vulve. Le siège reste toujours élevé. La femme pousse. Extraction de l'enfant mort-né.

Il dit dans les 12 dernières années à Tarnier avoir relevé 9 cas dont 6 à réduction facile, un cas accompagné de la procidence d'un pied était une cause de dystocie par empêchement de l'engagement.

Gallot indique les 3 observations suivantes :

OBSERVATION XX (page 71)

Mme E..., 32 ans, un accouchement spontané à terme, D R, 10-14 mai.

Entrée au dortoir de la clinique Baudelocque, le 1^{er} février.

Hauteur de l'utérus 33 centimètres. Excès de liquide amniotique. Tête mobile. Bruits du cœur bons, à droite.

Début de travail le 17 février à 1 heure du soir. Entrée à la salle de travail à 6 heures du soir. La poche des eaux vient de se rompre : liquidé rosé, teinté de sang. Dilatation d'une petite paume. Présentation du siège complet. Procidence du cordon. Une première tentative de rétropulsion manuelle échoue, mais une seconde réussit. Battements du cœur très ralentis. Les pieds apparaissent à la vulve ; dilatation d'une paume. La femme fait des efforts expulsifs. Extraction du fœtus à 6 h. 15 du soir en état de mort apparente avec quelques rares battements. On ne peut le ranimer. Poids 2.850 grammes. Délivrance spontanée. Placenta 430 grammes. Membranes dissociées. Cordon 68 centimètres, à insertion excentrique (4 centim. du bord supérieur).

OBSERVATION XXXI (page 79)

Mme A. C..., 29 ans, 4 accouchements spontanés.

D R, 3 au 5 août.

Entrée au dortoir de la clinique Baudelocque le 12 avril. Version par manœuvres externes le 14 avril. Ceinture eutocique. Tête en bas, dos à droite. Bruits du cœur bons. Fœtus mobile.

14 mai, 4 h. 5 du soir. Rupture spontanée précoce

des membranes. Hauteur de l'utérus 35 centimètres. Présentation du siège complet. Dilatation petite paume. Procidence du cordon longue de 20 centimètres en dehors de la vulve. On y perçoit encore des battements.

Vaines tentatives de rétropulsion manuelle.

Quelques faibles battements par intervalles dans le cordon. Bruits du cœur non perçus.

7 heures du soir, dilatation complète.

Expulsion en 20 minutes d'un enfant mort pesant 3.320 grammes.

Délivrance par extraction simple. Placenta 610 grammes. Cordon 80 centimètres, à insertion légèrement excentrique. Suite de couches : 2 ascensions à 38° le 3^e et le 8^e jours.

OBSERVATION XLIII (page 88)

Mme A..., 27 ans. 2 avortements.

D R 10-14 janvier. Entrée au dortoir de la clinique Baudelocque le 14 octobre avec présentation du siège complet.

Entrée salle de travail le 15 octobre, à 1 heure du matin.

S I G A complet.

Enfant vivant. Dilatation pièce de 2 francs. Membranes intactes. 4 h. 30, membranes rompues. Dilatation comme grande paume. Procidence du cordon avec battements très ralentis. Rétropulsion manuelle impossible. Les battements deviennent imperceptibles. On hâte l'extraction du fœtus qui naît sans battements et qu'on ne peut ranimer.

Poids 2.880 grammes. Délivrance : extraction simple.

Placenta 430 grammes. Membranes 32/10. Cordon 52 centimètres, inséré en raquette à la partie inférieure. Suite de couches normales.

La rétropulsion est donc un moyen de fortune palliatif qui a une valeur très relative. Bien qu'on puisse toujours la tenter, surtout si la souffrance de l'enfant ne vient pas presser l'accoucheur d'agir, la rétropulsion manuelle est restreinte aux cas sans urgence, ou dans un cas d'urgence comme moyen d'attente.

C'est ainsi que la sage-femme pourra l'employer utilement en attendant l'intervention de l'accoucheur.

Il reste là une indication intéressante.

Dans les deux cas où on n'aura pu faire la rétropulsion et où les pulsations cardiaques ralenties exigent une action rapide, l'extraction du fœtus s'impose.

Césarienne

Un certain nombre d'auteurs l'ont préconisée et on l'a parfois pratiquée dans ce cas.

Elle ne paraît pas avoir là une indication intéressante.

En effet, la procidence qui est dangereuse pour le fœtus, par ses risques d'asphyxie, n'est pas un danger pour la mère.

Elle n'est englobée dans les causes de dystocie que dans les cas où elle est compliquée par la procidence d'un membre ou par les causes supplémentaires qui la facilitent. Mais nous avons vu que la présentation

du siège elle-même était seule invoquée dans un grand nombre de cas.

Neuveu, dans sa thèse de 1910, admet qu'on fasse une section césarienne dans les conditions suivantes :

1° Si, avant la dilatation complète, on n'a pas pu réduire la procidence.

2° Si, après la dilatation complète, on n'a pu extraire l'enfant rapidement (cicatrice, bassin vicié, etc.)

La première indication paraît vraiment discutable et, malgré l'inocuité relative de la césarienne, que cet auteur invoque, il semble que cette opération fasse courir de trop grands dangers à la mère.

De plus, Gabory, dans sa thèse de 1910, estime que, dans ce cas, la césarienne est très grave pour le fœtus. Il admet que la procidence n'est pas une indication de césarienne, mais qu'elle ne sert qu'à faire pencher la balance quand on a déjà une autre indication.

C'est donc à l'extraction par les voies naturelles qu'il faut songer de préférence.

EXTRACTION RAPIDE DU SIÈGE

Nous avons cité tout d'abord deux observations originales :

Dans notre observation II, la dilatation n'est pas complète. L'extraction est compliquée par la rétraction du col sur la tête dernière. Ici se manifeste une des complications fréquentes de l'extraction du siège. Il nous semble que l'incision faite pour élargir le col s'impose, car on pourrait avoir une déchirure spontanée et le fœtus ne peut attendre.

Nous préférons cette incision à une dilatation forcée

au moyen de la tête attirée en bas avec force, ou au moyen des doigts, car il pourrait alors se faire une déchirure du col qu'on ne pourrait limiter et qui serait susceptible de s'étendre à l'utérus.

A ce moment, il nous semble qu'il est indiqué de faire à la parturiente une injection de un centigramme de morphine. Ainsi disparaîtra la contraction qui gênait l'opérateur et qui rétractait le col sur la tête du fœtus.

Ce dernier est facilement abaissé et on évitera ainsi les arrachements du plexus brachial par les tractions que l'opérateur fait avec ses doigts disposés en crochets sur les épaules.

Cependant, l'arrêt ou le ralentissement des contractions par la morphine a un inconvénient : c'est au moment de la délivrance. Celle-ci ne peut-être spontanée, l'accoucheur seul intervient, non aidé par l'utérus. Mais il y a un moyen de réveiller les contractions, c'est l'injection d'extrait d'hypophyse qui a une action rapide et énergique.

Nous préconiserons donc, dans les présentations du siège compliquées d'une procidence du cordon, d'intervenir par extraction du siège par les voies naturelles, ce moyen étant le seul définitif. Il faudra faire la dilatation si elle n'est pas faite puis l'extraction classique.

Dans les rétentions de la tête dernière, la morphine, l'incision du col, si elle est nécessaire, pourront rendre de grands services. Après la morphine, l'injection d'extrait d'hypophyse sera d'un grand secours pour ranimer les contractions utérines nécessaires pour une bonne délivrance.

Conclusions

1° Les procidences du cordon sont un accident fréquent dans les présentations du siège complet.

2° Leur cause prédisposante est le défaut d'accommodation du siège complet au détroit supérieur au cours du travail et son engagement tardif.

3° Une cause prédisposante secondaire vient souvent s'y adjoindre.

4° Une cause déterminante est presque toujours retrouvée, telle que l'issue brusque du liquide amniotique au moment de la rupture des membranes.

5° Le diagnostic devra indiquer en outre de la procidence, l'état de souffrance du fœtus qui posera l'indication opératoire.

6° L'extraction rapide du fœtus par les voies naturelles sera le seul moyen curatif, et devra être pratiquée chaque fois qu'il y a souffrance du fœtus, quel que soit le moment du travail, en complétant la dilatation si elle est insuffisante, grâce à l'un des moyens indiqués dans le traitement.

Vu le Président de thèse :

° Cyrille JEANNIN.

Vu le Doyen :

° ROGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur : APPELL

Bibliographie

- MAYGRIER. — Note sur deux cas de procidence du cordon ombilical survenus en dehors du travail. Progrès médical 1887.
- PÉLISSON Louis. — Des procidences méconnues du cordon ombilical. Thèse Paris 1889.
- VARNIER. — Procidence du cordon ombilical. Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance. Paris 1890.
- Mme BOYER Paul. — De la conduite à tenir dans les cas de procidence du cordon ombilical. Thèse Paris 1891.
- GIBORY. — Contribution à l'étude de la procidence et du procubitus du cordon. Thèse Paris 1892.
- LÉVY. — Du liquide amniotique coloré. Paris 1893.
- COUVELAIRE. — Statistique de 1893 à 1904. Comptes-rendus de la Société d'obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie. Janvier 1909.
- GALLOT Georges. — Rétropulsion manuelle du cordon dans les procidences. Thèse Paris 1904.
- GABORY. — Thérapeutique des procidences du cordon. L'opération césarienne est-elle indiquée ? Thèse Paris 1909.
- NEUVEU. — Procidence du cordon et opération césarienne. Thèse Paris 1909.
- Mme BRAYNA KANEWSKI. — Contribution à l'étude des procidences du cordon. Thèse Paris 1910.
- KERNFR Henri. — Les principales causes de dystocie dans la présentation du siège dans les douze dernières années à Tarnier. Thèse Université Paris 1920.
- DUBRISAY et JEANNIN. — Précis d'obstétrique.

Table des matières

Avant-propos	5
Introduction	7
Historique	8
Deux observations nouvelles	10
Fréquence de la procidence dans les présentations du siège	13
Etiologie et mécanisme	16
Signes	24
Diagnostic	29
Pronostic	31
Traitement	33
Conclusions	41
Bibliographie	42

